



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 55S (2012) e254–e258

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



## Pathologies du sport (II) : épaule du sportif

### *Sport medicine (II): Athlete's shoulder*

#### Communications orales

##### Version française

CO37-001-f

#### **Instabilités de l'épaule et sport**

M. Mansat

CHU de Purpan, place du Docteur-Baylac, 31059 Toulouse, France

Adresse e-mail : [mansat.m@numericable.fr](mailto:mansat.m@numericable.fr).

Les instabilités de l'épaule sont des lésions fréquentes en pratique sportive, entraînant bien souvent une interruption prolongée des activités. Elles traduisent un vaste spectre lésionnel avec une expression clinique très variée, allant de l'épaule douloureuse avec une appréhension jusqu'à la luxation récidivante. Le surmenage fonctionnel avec la répétition d'un geste porté à l'extrême de la tolérance entraîne des modifications « adaptatives » pouvant aboutir à une laxité acquise nécessaire pour la performance, mais qui en cas de déséquilibre musculaire peut aboutir à des lésions anatomiques des structures capsulo-ligamentaires et donc à une instabilité.

Un bilan clinique complet est nécessaire s'appuyant sur l'interrogatoire, les signes physiques, en opposant bien les tests statiques de laxité et les tests dynamiques évaluant l'instabilité et les données de l'imagerie moderne, parfois jusqu'à l'arthroscopie, de manière à aboutir à un diagnostic lésionnel précis et une classification de l'instabilité en termes de degré, de direction, de fréquence et de terrain.

De ce bilan découlent des indications thérapeutiques spécifiques et adaptées au contexte personnel et sportif, en différenciant les interventions « anatomiques » (réparation Capsulaire sélective) et « non anatomiques » (butées). Enfin chez le sportif de haut niveau, professionnel, se pose le problème d'une indication précoce sous arthroscopie, lors du premier épisode de luxation de manière à diminuer le risque de récurrence et par la même la durée d'invalidité.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.1044>

CO37-002-f

#### **Corrélation du score WOSI et du score de Walch-Duplay dans l'évaluation du traitement arthroscopique de l'instabilité antérieure d'épaule**

F. Khiami<sup>a,\*</sup>, H. Soriali<sup>a</sup>, M. Rosenheim<sup>a</sup>, P. Hardy<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Service d'orthopédie, CHU Pitié Salpêtrière, 47, boulevard de l'hôpital, 75013 Paris, France

<sup>b</sup>CHU Ambroise-Paré, Boulogne-Billancourt, France

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [frederic.khiami@psl.aphp.fr](mailto:frederic.khiami@psl.aphp.fr).

**Mots clés :** Autoquestionnaire ; WOSI ; Score de Walch-Duplay ; Instabilité d'épaule

**Objet.**– Les nouvelles techniques dans le traitement arthroscopique de l'instabilité d'épaule nécessitent des outils complets pour évaluer le résultat fonctionnel. Le but de cette étude est d'évaluer l'autoquestionnaire subjectif WOSI, score de qualité de vie spécifique pour l'instabilité d'épaule et de vérifier sa corrélation avec le score de Walch-Duplay qui est le gold standard en Europe. Ces deux scores n'ont jamais été comparés.

**Méthode.**– Quarante-huit patients opérés d'une stabilisation arthroscopique pour instabilité antérieure d'épaule ont été évalués avec ces deux scores à 42,7 mois de recul. La corrélation entre ces deux scores a été évaluée.

**Résultats.**– Le score WOSI est corrélé significativement avec le score de Walch-Duplay (score global, douleur, stabilité, retour aux activités). La corrélation standard est de 0,8 et le coefficient de concordance de Lin est de 0,65. Le WOSI n'est pas corrélé avec l'item « mobilité » du score de Walch-Duplay.

**Discussion.**– Le WOSI est corrélé au score de Walch-Duplay, et plus sensible pour évaluer la satisfaction du patient. Afin d'évaluer au mieux le résultat de l'intervention et la satisfaction du patient, l'utilisation de ces deux scores complémentaires est recommandée.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.1045>

CO37-003-f

#### **Risques de récurrences et reprise du sport après chirurgie pour instabilité de l'épaule**

E. Laboute<sup>a,\*</sup>, A. Bealu<sup>b</sup>, E. Verhaeghe<sup>a</sup>, P.L. Puig<sup>a</sup>, P. Trouve<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Centre européen de rééducation du sportif (CERS),

avenue Maréchal-de-Lattre-de Tassigny, 40130 Capbreton, France

<sup>b</sup>Institut d'enseignement supérieure Parnasse Deux-Alice, Belgique

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [e.laboute@gsante.fr](mailto:e.laboute@gsante.fr).

**Mots clés :** Épaule ; Instabilité ; Butée osseuse ; Latarjet ; Bankart ; Récidive ; Sport

**Objectifs.**– Déterminer les risques de récurrence lors de la reprise du sport après chirurgie pour instabilité antérieure de l'épaule.

**Matériel et méthode.**– Les auteurs ont suivi par questionnaire téléphonique 117 sportifs ayant bénéficié d'une chirurgie soit de type Latarjet avec butée osseuse (79 patients), soit de type Bankart sans butée osseuse (38 patients), entre 2005 et 2011. Tous sont compétiteurs, de niveau minimum régional, et ont répondu au questionnaire dans un délai moyen opératoire de 26 mois (11 à 55 mois) pour le groupe « butée osseuse » et 28 mois (14 à 45 mois) pour le groupe « sans butée osseuse ».

**Résultats.**– Les 117 sportifs ayant répondu ont les mêmes caractéristiques en matière de sexe, de type de sport, de latéralité, de côté de l'intervention. Le groupe « butée osseuse » concerne des patients légèrement plus jeunes (23 contre 25 ans), et de niveau plus élevé que le groupe « sans butée osseuse », traduisant une tendance chirurgicale à opérer plus fréquemment par butée

osseuse la population qui présente le risque le plus élevé de récurrences du fait de sa pratique sportive.

L'immobilisation après la chirurgie est plus courte après butée osseuse (en moyenne 3,2 contre 4,7 semaines,  $p = 0,0001$ ). La reprise de la course (2,4 contre 3,2 mois,  $p = 0,0045$ ), des entraînements (5,1 contre 6,3 mois,  $p = 0,0068$ ), et de la compétition (6,2 et 7,3 mois,  $p = 0,0027$ ) est plus rapide pour le groupe « butée osseuse » de façon significative. Le pourcentage de retour à la compétition est également plus élevé pour ce groupe (91 % contre 79 %,  $p = 0,05$ ). Cependant malgré une reprise plus rapide et plus fréquente pour le groupe « butée osseuse », le pourcentage de récurrences est moins élevé que pour le groupe « sans butée osseuse » avec une différence significative (2,5 % contre 20,5 %,  $p = 0,01$ ).

**Conclusion.**— La chirurgie de type Latarjet par butée osseuse chez le sportif compétiteur permet de reprendre plus rapidement la pratique sportive avec moins de risques de récurrences que la technique de Bankart sans butée osseuse. Bien que les résultats soient en faveur des butées osseuses, le choix de la technique doit rester lié aux indications du chirurgien, mais le type de sport pratiqué, et le niveau sportif peuvent être des arguments en faveur du choix des techniques chirurgicales.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.1046>

CO37-004-f

### Enquête sur la reprise des activités sportives après chirurgie réparatrice de la coiffe des rotateurs (CDR)

G. Bruyère<sup>a</sup>, M.M. Lefevre-Colau<sup>b</sup>, G.R.F.D.L. Grep<sup>c</sup>

<sup>a</sup> SSR Le Clos Champirol, 81, avenue Albert-Raimond, 42270 Saint-Priest-en-Jarez, France

<sup>b</sup> Service MPR osteo-articulaire, groupe hospitalier Cochin-Broca Hôtel-Dieu, hôpitaux universitaires Paris Centre, AP-HP, France

<sup>c</sup> Siège social, centre orthopédique Santy, France

Adresse e-mail : [gbruyere@closchampirol.com](mailto:gbruyere@closchampirol.com).

**Mots clés :** Réparation de coiffe ; Reprise sportive ; Renforcement musculaire  
**Introduction.**— Peu de travaux évaluent la reprise du sport après chirurgie réparatrice de la CDR alors qu'elle est proposée de façon prédominante aux patients actifs et/ou sportifs.

**Objectifs.**— Réaliser une enquête sur la reprise du sport des patients et les pratiques professionnelles.

**Méthode.**— Par l'intermédiaire du GREP, 220 auto-questionnaires évaluant rétrospectivement le délai de reprise sportive après chirurgie réparatrice de coiffe ont été adressés à des patients de moins de 60 ans. Vingt-trois auto-questionnaires ont été adressés à des chirurgiens seniors et comprenaient 5 questions sur leur pratique professionnelle postopératoire.

**Résultats.**— Un nombre de 96/220 (79 %) auto-questionnaires patients étaient exploitables (55 hommes, âge moyen 52,77 ans) ; 81 % d'entre eux pratiquaient un sport avant l'intervention (59 % impliquant les membres supérieurs) et 87 % ont repris un sport (dont 52 % un sport de raquette et/ou un sport de contact) dans un délai moyen de 8,7 mois en postopératoire. La réalisation d'une ténotomie-ténodèse du biceps était le seul facteur influençant favorablement la reprise du sport ( $p = 0,0014$ ).

**Enquête chirurgiens.**— La reprise d'activités potentiellement traumatiques pour le membre supérieur et/ou de contact était autorisée en moyenne à 7,9 mois. Seuls 31,8 % prescrivaient un renforcement musculaire avant la reprise sportive.

**Conclusion.**— Ces chiffres de reprise des activités sportives sollicitant les membres supérieurs sont inférieurs aux études ciblant des sports de lancer en compétition [1]. Les chirurgiens sont peu enclins à prescrire un renforcement musculaire avant la reprise sportive. Plusieurs études montrent que la récupération de la force musculaire n'est obtenue qu'à 1 an après chirurgie [2]. Devant une demande d'intensification des activités physiques des patients de plus de 50 ans, l'intérêt de l'impact d'une « restauration fonctionnelle de la coiffe opérée » sur la reprise sportive nécessite d'être évaluée.

#### Références

[1] Sonnery-Cottet B, Edwards TB, Noel E, Walch G. Rotator cuff tears in middle-aged tennis players: results of surgical treatment. *Am J Sports Med* 2002;30(4):558–64.

[2] Bigoni M, Gorla M, Guerrasio S, et al. Shoulder evaluation with isokinetic strength testing after arthroscopic rotatorcuff repairs. *J Shoulder Elbow Surg* 2009;18(2):178–83.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.1047>

CO37-005-f

### Déséquilibre musculaire : facteur favorisant la pathologie de l'épaule du joueur de handball de haut niveau ?

S. Gleizes Cervera<sup>a,\*</sup>, L. Giacomo<sup>b</sup>, C. Gault<sup>b</sup>, F. Delvaux<sup>b</sup>, J.L. Croisier<sup>b</sup>, B. Forthomme<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Clinique MEDIPOL Garonne, 45, rue de Gironis, 31100 Toulouse, France

<sup>b</sup> University of Liege, Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Belgique

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [sophie.gc@sfr.fr](mailto:sophie.gc@sfr.fr).

**Mots clés :** Épaule ; Isocinétisme ; Déséquilibre musculaire ; Handball

**Objectif.**— Le but de ce travail est de vérifier si les joueurs de handball présentant des antécédents de blessure à l'épaule ont un profil isocinétique particulier pouvant être considéré comme facteur de risque de blessure.

**Population.**— Soixante-dix joueurs et 5 joueuses de handball évoluant en championnats français et belges (âge moyen 23,57 ans  $\pm$  4,19 ans) ont participé à cette étude.

**Matériels et méthodes.**— Un questionnaire pré-saison a permis de renseigner les caractéristiques handballistiques de chaque joueur les antécédents de lésions de l'épaule. Une évaluation isocinétique des muscles rotateurs d'épaule en mode concentrique à 60°/s et à 240°/s et excentrique à 60°/s a été réalisée pour définir en début de saison le profil isocinétique de chaque sujet. Différents paramètres ont été analysés : le moment de force maximal (MFM) des rotateurs latéraux (RL) et des rotateurs médiaux (RM) et les ratios des MFM des RL par rapport au MFM des RM, concentrique/concentrique, excentrique/concentrique (ratio mixte) et concentrique/excentrique (ratio fonctionnel).

**Résultats.**— En fonction des antécédents de lésion de l'épaule, deux groupes ont été définis : le groupe lésion de l'épaule (GL,  $n = 42$ ) et le groupe sain (GS,  $n = 32$ ). Les différences bilatérales des MFM des RL et RM (côté dominant versus non dominant) pour le GS et pour le GL ne sont pas significatives.

Pour le ratio concentrique/concentrique à 60°/s, nous notons que pour le bras dominant, la présence d'un antécédent de blessure modifie le ratio et l'éloigne de la norme ( $0,73 \pm 0,13$  pour 0,8), contrairement aux sujets du groupe GS. Cette différence n'est pas significative mais une tendance semble se dégager ( $p = 0,0738$ ). Que ce soit dans le GL ou dans le GS, les ratios mixtes et fonctionnels sont inférieurs, mais pas de façon significative, à la norme attendue avec des ratios plus bas dans le GL.

**Conclusion.**— Dans cette étude, il n'est pas mis en évidence de profil isocinétique pouvant être en relation avec un antécédent de lésion de l'épaule malgré une tendance en faveur de ratio plus faible chez les sujets ayant un antécédent de lésion de l'épaule. Une étude prospective est en cours.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.1048>

CO37-006-f

### Désinsertion myotendineuse distale du grand rond et du grand dorsal chez un boxeur professionnel

E. Martin<sup>a,\*</sup>, G. Lotito<sup>a</sup>, J.M. Viton<sup>a</sup>, A. Delarque<sup>a</sup>, L. Bensoussan<sup>a</sup>, J.M. Coudreuse<sup>b</sup>, T. Lecoroller<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Pôle médecine physique et réadaptation, CHU Timone, 23, rue du Capitaine-Galinat, 13005 Marseille, France

<sup>b</sup> Service médecine du sport, CHU Salvaator, France

<sup>c</sup> CHU Sainte-Marguerite, France

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [elisamartin@hotmail.fr](mailto:elisamartin@hotmail.fr).

**Mots clés :** Lésion tendineuse de l'épaule ; Grand rond ; Pathologie liée à la pratique de la boxe